

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1926-1927 — N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DU CANCER
DU COL UTÉRIN

Travail du Service Hospitalier de Gynécologie du Dr H. ALBERTIN,
Chirurgien à la Charité de Lyon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert ALBERTIN-MARCHAND

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 22 Novembre 1900, à Bourg (Ain)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Juin 1927

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DU CANCER
DU COL UTÉRIN

Travail du Service Hospitalier de Gynécologie du D^r H. ALBERTIN,
Chirurgien à la Charité de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1926-1927 — N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DU CANCER
DU COL UTÉRIN

Travail du Service Hospitalier de Gynécologie du Dr H. ALBERTIN,
Chirurgien à la Charité de Lyon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert ALBERTIN-MARCHAND

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 22 Novembre 1900, à Bourg (Ain)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Juin 1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ
Doyen MM. J. LEPINE.
Assesseur ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, ÇAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales		PIC.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique neurologique et psychiatrique.		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale.		NOVÉ JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie.		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne.		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		COLLET.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.		PAVIOT.
Médecine légale.		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.		MARTIN (Etienne).
Pharmacie		COURMONT (P.).
		SAVY.
		LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	THÉVENOT (Léon)
Puériculture et Hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC	ROCHET (Ph.)
			WERTHEIMER

M. BAYLE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président* ; PATEL, *Assesseur* ;
MM. LAROYENNE et ROCHET, *Agrégés*.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR H. A. ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Officier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

Avec l'expression de mon infinie
tendresse.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

En le remerciant de l'intérêt qu'il nous
a témoigné.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

En reconnaissance de sa bienveillance
et de son excellent accueil.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR DESGOUTTE

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR TIXIER

Clinique chirurgicale

M. LE DOCTEUR GOYET

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR CADE

Pathologie générale

M. LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Clinique obstétricale

(IN MEMORIAM)

INTRODUCTION

Ce travail a été fait avec les documents recueillis par le Docteur Albertin, chirurgien des Hôpitaux, dans son service hospitalier de Gynécologie à la Charité de Lyon.

En nous permettant de les exposer, notre père nous a fait un grand honneur dont nous ressentons tout le prix, mais nous devons immédiatement nous retrancher derrière cette déclaration que si dans le cours de ce travail nous employons l'expression « nous », les lecteurs voudront bien comprendre qu'elle désigne l'inspirateur de la thèse, son fils, modeste collaborateur ne pouvant qu'être son porte-parole.

Nous avons fait de larges emprunts à une thèse d'Aisopos, parue en 1916, où les résultats obtenus dans le « Traitement du cancer du col par l'hystérectomie abdominale élargie » par le Docteur Albertin, étaient exposés. Paru en pleine période de guerre, ce travail a passé un peu inaperçu et contient cependant des documents intéressants à vulgariser.

Notre président de thèse, le Professeur Tixier, nous

a demandé d'en extraire le manuel opératoire dont la lecture ne peut qu'aider à la formation des jeunes opérateurs; nous l'avons donc reproduit, et nous avons en outre inséré quelques figures de pièces enlevées qui nous paraissent la démonstration du but de cette intervention et de sa réalisation.

L'étude des cas de mort rapide nous a paru intéressante à reprendre en vue des indications qu'elle pouvait fournir, soit pour la sélection des cas à opérer, soit en vue de la modification possible de la technique opératoire.

Enfin, dans les derniers chapitres, nous avons réuni par groupes les observations, soit de curiethérapie préalable associée au Wertheim, soit de curiethérapie seule, soit enfin de cancérisation secondaire du col après hystérectomie sub-totale.

CHAPITRE PREMIER

La thérapeutique du cancer du col utérin et l'opération de « Wertheim ».

Depuis l'adoption par un grand nombre de chirurgiens de l'hystérectomie abdominale élargie (procédé de Wertheim) appliquée au traitement du cancer du col utérin, le pronostic de cette affection est devenu moins sombre et on a pu enregistrer des cas de guérison.

Sans faire de bibliographie, nous citerons les noms de J.-L. Faure et de A. Pollosson qui, en France, ont été les promoteurs de ce traitement.

L'application de la physiothérapie (rayons et radium) a donné des résultats impressionnants, a fourni de nouvelles armes contre le cancer; mais comme le dit fort bien J.-L. Faure, il faut que les résultats qu'on publie de toutes parts et qui annoncent la guérison du cancer du col utérin par les applications de radium, soient consacrés par l'épreuve du temps. Dans un trop grand nombre de cas, il est vrai, on voit aussi bien après l'hystérectomie qu'après la

curiethérapie des récidives à longue distance, mais l'intervention sanglante ayant déjà derrière elle un passé justificatif assez long, nous paraît conserver un droit de priorité consacré, lui, par l'épreuve du temps.

En outre, il est une question angoissante, c'est la présence d'adénopathies à distance. On peut dire qu'il est presque constant de rencontrer des ganglions soit paramétraux, soit iliaques, dans le cours de l'opération.

Nous n'avons pas fait la statistique générale des cas où les ganglions iliaques étaient hypertrophiés, envahis. Mais parmi nos observations de mort post-opératoire qui étaient d'ailleurs des cas avancés, dont un certain nombre seraient considérés comme inopérables aujourd'hui, dans 26 cas sur 60, il fut procédé à l'ablation de ganglions iliaques volumineux. On verra d'ailleurs que ce temps de l'opération peut s'accompagner de blessures veineuses et qu'il faut compter avec lui comme point de départ de complications quelquefois redoutables.

Malgré que l'œil et le doigt du chirurgien les guettent et les recherchent, il est malheureusement trop vrai que quelques-uns nous échappent et la localisation de récidives dans les fosses iliaques, les régions sus-pubiennes ou iliaques démontrent qu'il n'y a pas que le paramètre qui intervient pour récèler ces nids à repullulation.

La radiothérapie profonde s'est attachée à atteindre ces localisations ganglionnaires larvées, dissimulées, mais l'intervention abdominale, « la chirurgie à ciel ouvert », comme le disait Poncet, nous paraît

encore le moyen le plus efficace d'atteindre ces lésions profondes.

Ce n'est pas que nous récusions aucun traitement physiothérapique, puisque plusieurs chirurgiens, et nous-même, font dans certains cas de la curiethérapie comme premier temps de l'opération sanglante ultérieure.

Mais il n'est pas encore l'heure de s'en tenir de parti pris et exclusivement aux méthodes physiothérapiques. Comme nous le disons dans nos conclusions : l'hystérectomie abdominale élargie à la façon de Wertheim, nous paraît avoir fait suffisamment ses preuves pour rester le traitement de choix dans la thérapeutique du cancer du col utérin, soit qu'elle soit pratiquée d'emblée, soit qu'elle suive une application préalable de radium.

CHAPITRE II

Des limites de l'opérabilité. Les cas justiciables du traitement chirurgical.

On pourra s'étonner que nous nous adressions à nous-même la critique d'avoir trop élargi les indications du Wertheim et que nous arrivions à conseiller des restrictions. Cela s'explique. Après la longue période de curettage, cautérisation et même d'hystérectomie vaginale appliqués au traitement du cancer utérin sans grand succès, les chirurgiens ont été pris d'un bel enthousiasme pour l'hystérectomie abdominale élargie qui leur paraissait devoir leur donner des guérisons là où, jusqu'à ce jour, il n'y avait eu que des déceptions et insuccès. Et on voit J.-L. Faure, Auguste Pollosson, Albertin et tant d'autres s'attaquer à des cas désespérés, inopérables cliniquement où vessie, uretères, rectum ont été plus ou moins malmenés.

Il est bien évident que la mortalité opératoire ne pouvait rester indifférente en face de cet élargissement exagéré des indications.

Actuellement, l'étude rétrospective des observations

a permis de mieux situer les indications et les contre-indications; il ne faut pas que la méthode porte le poids d'insuccès qu'on aurait pu éviter, il ne faut pas demander à l'opération de Wertheim la reconstitution d'un organisme en voie de décomposition locale ou générale (310 obs., dont 60 pour cancer du corps utérin).

Il est évidemment plus agréable pour l'opérateur de faire la revue des observations des malades guéris, mais il nous paraît très utile de faire l'analyse des cas où l'intervention a été suivie d'une mort rapide ou retardée, d'une issue fatale à plus ou moins bref délai, qu'on peut qualifier de post-opératoire, quand bien même la malade a survécu deux à trois semaines.

Quelles sont les indications que l'on peut tirer de l'examen des malades à opérer ? Il faut les envisager à deux points de vue : l'état général, l'état local.

Parmi les modifications de l'état général, nous avons noté trois symptômes qui peuvent constituer un élément pondérable capable d'influencer la décision du chirurgien en lui faisant instituer un traitement préalable, ou en lui imposant une temporisation justifiée.

Ces trois symptômes sont : 1° la fièvre; 2° les troubles urinaires; 3° l'anémie cancéreuse.

1. — *La fièvre* chez les cancéreuses de l'utérus n'est pas rare et si on ne la signale pas plus souvent, c'est qu'on ne l'a pas recherchée. Sur nos 60 observations de décès ayant évidemment trait à des cas

graves, 37 malades présentaient avant l'intervention une courbe thermométrique irrégulière, avec des poussées fébriles en clocher allant jusqu'à 39°. C'est un symptôme de résorption des produits septiques ou sphacelés au niveau du col; c'est de là que s'essaiment soit des produits infectieux, soit des éléments néoplasiques qui vont infecter les ganglions que l'on trouve à l'opération suppurés ou atteints de dégénérescence néoplasique secondaire.

Cette condition d'état fébrile est fâcheuse et bien souvent nous nous sommes efforcés de l'atténuer, de la réduire, en faisant de la désinfection du col utérin avant de fixer la date de l'intervention.

L'abrasion à la curette a souvent donné des accidents, un accroissement des phénomènes infectieux; aussi nous rallierons-nous volontiers aux conseils de Regaud qui recommande pour l'ablation des végétations en chou-fleur du col utérin la diathermie-coagulation par l'aiguille ou le couteau diathermique.

Ce procédé, dit Regaud, doit remplacer partout le curettage sanglant dans l'abrasion des végétations cancéreuses, car il en a tous les avantages sans en avoir aucun des inconvénients.

Nous avons placé à cet endroit la nécessité de la désinfection du col utérin, parce que l'état du col est bien souvent le point de départ, la cause de la fièvre chez les cancéreuses.

Les pansements désinfectants, irrigations, ovules, constitueront un adjuvant et on arrivera presque sûrement à ramener la courbe thermométrique à un

niveau plus satisfaisant. La fièvre des cancéreuses doit être comptée dans le pronostic opératoire.

2. — Une seconde condition défavorable est la présence de *troubles urinaires*, symptomatiques, soit de lésions vésicales ou para-vésicales ou encore rénales. Chez 28 de nos malades, ces troubles existaient; troubles vésicaux chez 11 avec urines troubles, ténésme, pollakurie, 1 cas oligurie, et chez 11 autres cas il y avait de l'albuminurie.

A côté de l'examen des urines, il faut faire la cystoscopie et les résultats de l'examen de l'appareil urinaire nous paraissent de nature à influencer le pronostic. Un traitement de quelques jours pourra améliorer la situation et éliminer une cause de complications, ou encore amener le chirurgien à faire de la curiethérapie avant de décider l'intervention sanglante.

3. — *L'anémie cancéreuse* peut être plus ou moins accusée suivant la date d'apparition de l'affection et la gravité de son évolution.

Dans un assez grand nombre de cas, nous avons fait pratiquer la numération des globules rouges et en avons trouvé la proportion bien diminuée, comme dans les cas d'anémie chronique d'autre nature.

Il faudra examiner si un répit de quelques jours avec un traitement approprié, combiné à ce qu'on peut appeler l'ensemble des mesures préparatoires à l'intervention n'est pas indiqué. Ce traitement préopératoire eût permis d'espérer l'amélioration de l'état général et l'atténuation de cette anémie can-

céreuse qui est, elle aussi, d'un mauvais pronostic opératoire, ces malades offrant peu de résistance au shock ou aux conséquences d'une hémorragie un peu importante.

Il faudrait pouvoir établir une constante, sorte de dynamomètre pouvant permettre de mesurer la résistance des malades en face de la perspective d'une intervention aussi « choquante » que le Wertheim. La constatation de la fièvre, des troubles urinaires graves, cystite, albuminurie, urines troubles ou purulentes, de l'anémie globulaire constituera une réunion d'éléments dont la résultante est capable d'influencer la décision du chirurgien.

Nous arrivons à l'étude de l'état local. Nous avons vu qu'il ne faut pas trop s'effrayer des formes exubérantes en chou-fleur du cancer du col utérin. On peut faire la toilette préalable et déblayer la région, la désinfecter.

L'état de mobilité du col et de l'utérus a beaucoup plus d'importance et actuellement on admet généralement que la fixité du col utérin est le signe d'une infiltration du paramètre qui, si elle est trop accentuée, peut être une sérieuse contre-indication opératoire. C'est une affaire d'appréciation de la part du chirurgien, mais je ne crois pas que même l'induration des culs-de-sac latéraux, si on peut mobiliser l'utérus en bloc, soit une contre-indication absolue.

Voyons cependant nos observations de décès à la suite d'opérations laborieuses, où les cas ont été répartis suivant la mobilité utérine.

Dans 37 cas sur 60, l'utérus était fixé; dans 16 cas

il était plus ou moins mobilisable; dans 8 cas seulement l'état local paraissait être une condition très favorable à la pratique de l'intervention.



Artère utérine.

Fig. 5. — Pièce d'hystérectomie pour cancer du col.

L'infiltration du paramètre est souvent irrégulière suivant le côté examiné; elle n'est pas forcément bilatérale, et si un cul-de-sac est induré, l'autre libre, on a de la tendance à intervenir, quitte à lutter contre la difficulté de libération de l'urètre ou de la vessie, que l'examen clinique avait fait prévoir, scléreux ou infiltré. Je crois qu'il faut encore s'en tenir là; il ne faut pas que les chirurgiens poursuivant la cure sanglante du cancer du col utérin, ne se décident à opérer que s'ils ont la perspective de faire une simple

hystérectomie totale. Ce n'est pas réaliser l'indication, c'est oublier le but de la méthode. Nous sommes partisans de la restriction, instruits par l'étude de nos observations, mais il ne faut pas que cette restriction constitue une « dérobade », il faut encore avoir le courage d'affronter une opération où peuvent se présenter des difficultés imprévues, des complications qui vont mettre à contribution la maîtrise de l'opérateur.

Ce que nous disons là s'adresse aux jeunes chirurgiens, dont quelques-uns répugnent à pratiquer cette intervention toujours laborieuse, difficile, délicate, minutieuse, demandant un gros effort de la part de celui qui opère.

Au moment où nous opérions presque tous les cas, un peu déçus par la mortalité post-opératoire, nous avons laissé échapper cette boutade : « L'hystérectomie *trop élargie* est une opération laborieuse, qui souvent répétée abrège sûrement les jours du chirurgien sans prolonger de beaucoup ceux de la malade. » Cette formule ayant été reproduite dans divers travaux, nous tenons à déclarer que nous sommes toujours un chaud partisan du « Wertheim », mais qu'il ne faut pas dépenser, sans espoir de succès, son énergie professionnelle.

Un contrôle plus sévère des contre-indications permettra d'éviter les décès post-opératoires soit immédiats, soit retardés qui, s'ils sont trop nombreux, peuvent être une cause de découragement.

Mais un gynécologue qui n'est pas capable de mener à bien une opération de « Wertheim » est

incomplet, a encore quelque chose à apprendre pour prétendre à la maîtrise.

Ainsi judicieusement appliquée, avec des succès opératoires presque constants, des survies d'une durée inespérée, des guérisons définitives, l'opération de Wertheim, quoique pénible et laborieuse pour l'exécutant, lui permettra d'espérer des résultats favorables, longues survies, guérisons, dont la constatation sera la récompense de son labeur.

Cette restriction des indications de l'opération sanglante, ne laissera pas d'ailleurs à l'heure actuelle, le chirurgien désarmé et il aura recours aux méthodes de physiothérapie qui pourront, soit être l'unique ressource, soit en améliorant les conditions défavorables, rendre possible une intervention qui, de prime abord, paraissait contre-indiquée et impossible.

CHAPITRE III

Des causes de la mort prompt post-opératoire.

Dans une première série de décès nous avons placé 26 cas où la mort est survenue rapidement le premier ou le deuxième jour, quelquefois le troisième. Pour faire suite au chapitre précédent, nous ferons remarquer que ce ne sont pas les bons cas qui aboutissent à semblable résultat. Nous avons signalé que les conditions défavorables sont le plus souvent solidaires les unes des autres et que l'état local, chez une cancéreuse sur les limites de l'opérabilité, impose des difficultés opératoires en même temps que les altérations de l'état général diminuent la capacité de résistance du sujet.

Ces morts rapides s'expliquent par l'ensemble des phénomènes connus sous le nom de shock opératoire. Mais il résulte de l'examen de nos observations que, outre la longueur de l'anesthésie, la multiplicité des manœuvres, il y a lieu de noter l'extrême fréquence des hémorragies pendant l'intervention et immédiatement post-opératoire.

Nous ne voulons pas parler des hémorragies artérielles, on en est toujours maître. Malgré que bien souvent après la ligature de l'hypogastrique nous ayons montré à nos assistants que l'utérine sectionnée saignait à plein jet, ce n'est pas l'hémostase artérielle qui peut être inquiétante.

C'est l'hémorragie veineuse, soit en nappe, par les plexus, soit par la blessure des gros troncs veineux, le plus souvent de la veine hypogastrique, qui nous paraît être la complication la plus difficile à éviter d'abord, à combattre ensuite, dans le Wertheim.

Tous les opérateurs ont vu, à certaine phase de l'opération, se produire un afflux de sang veineux tel qu'en quelques secondes le fond du bassin disparaît sous la nappe sanguine. On éponge, on n'a pas même le temps de voir les vaisseaux qui saignent avant que l'inondation se reproduise. Il faut alors comprimer les troncs iliaques, mettre un tampon compresseur en amont et en aval sur les troncs veineux pour reconnaître la déchirure vasculaire et faire la double ligature au-dessus et au-dessous, suivant l'importance de l'hémorragie, les difficultés, et la longueur de l'hémostase; nous avons souvent fait à ce temps de l'opération le pronostic opératoire, presque toujours défavorable, et nous ne nous sommes pas trompés malheureusement.

En sélectionnant davantage les cas opérables, on pourra réduire notablement cette mortalité opératoire et nous verrons à propos de l'exposé de la technique qu'il y a lieu de la modifier en adoptant de meilleurs moyens hémostatiques.

Nous renvoyons à l'exposé des résumés d'observations l'énumération individuelle des causes multiples, mais non habituelles, intervenues dans la terminaison fatale. Citons seulement les complications urinaires, albuminurie (11), le collapsus tardif du sixième au douzième jour, par hémorragie secondaire, complications pulmonaires ou cardiaques (12), deux cas d'hémiplégie, survenus le jour même, 1 cas de tétanos. Nous n'insistons pas sur ces différents cas plutôt rares ou moins fréquents pour arriver à étudier ceux où la mort est due à des accidents septiques infectieux, ou péritonitiques. C'est, en effet, les complications de cet ordre qui se placent par rang d'importance et de fréquence à côté des premières causes que nous avons signalées, shock et hémorragies opératoires. Nous avons à passer en revue 16 cas où l'élément infectieux à point de départ local nous paraît avoir été la cause de la mort. Une première catégorie comprend les cas d'infection septique sans péritonite.

Après l'opération de Wertheim, dans certains cas où il existait une infection de date ancienne, le plus souvent avec une altération parallèle de l'état général, de la fièvre cancéreuse, on voit éclore des accidents septiques d'emblée dès le soir ou le lendemain de l'intervention et les opérées succombent rapidement à cette cellulite infectieuse suraiguë, véritable phlegmon pelvien à forme gangréneuse, avec issue fatale dans les troisième ou quatrième jours.

A côté de cette forme aiguë, il y a l'infection moins brutale qui s'installe et amène la mort des malades

par septico-pyoémie, mais d'une façon plus tardive, septième au vingt-quatrième jour dans nos observations.

Il faut compter aussi avec le phlegmon aigu ou subaigu de la paroi abdominale qui, s'il n'est pas jugulé par drainage et désinfection, peut être suivi d'éventration secondaire et amène la mort plus tardive des opérées dans le collapsus, septième, dixième jour.

Dans ces cas, ce n'est pas l'infection péritonéale qui a été en cause comme accidents post-opératoires.

Dans deux cas douteux où le décès est survenu à la suite d'occlusion par parésie intestinale, la vérification nous a permis de constater que la grande cavité péritonéale avait été respectée; il n'y avait ni liquide, ni exsudat, les anses étaient libres, mobiles, mais distendues. Le décès eut lieu le sixième et le septième jour; dans un des cas, le rectum avait été blessé et la suture isolée dans le pelvis en dehors de la suture péritonéale.

Dans 9 cas seulement nous avons eu des infections péritonéales, soit immédiates, soit tardives (2 cas).

On nous objectera que c'est peu; nous pourrions répondre que si nous n'avions pas eu autant de décès post-opératoires immédiats par shock ou hémorragie, nous aurions vu se développer un plus grand nombre de péritonites dans les premiers jours qui suivent l'intervention. Cela nous paraît exact.

Quoi qu'il en soit, le nombre des cas de péritonite nous paraît relativement faible en y opposant les 150 cas avec survie où nous avons fait de la périto-

nisation soigneuse et complète, avec isolement de la grande cavité péritonéale.

Ces constatations vont nous permettre de discuter ce point capital : doit-on modifier la technique du Wertheim ? C'est ce que nous allons examiner dans le chapitre suivant, en nous restreignant aux cas d'intervention pour cancer du col, laissant de côté les cancers du corps utérin où le champ opératoire n'est pas modifié de la même façon.

CHAPITRE IV

Technique opératoire. — Indications de la modifier.

Avant de résumer les arguments qui peuvent militer en faveur d'une modification de la technique dans le Wertheim, nous allons reproduire la description du manuel opératoire tel qu'il avait été exposé soit à la Société de Chirurgie en 1909, soit dans la thèse d'Aisopos (Lyon 1917).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'OPÉRATION DITE DE WERTHEIM (ALBERTIN)

Premier temps : Incision médiane du pubis à l'ombilic et au-dessus si besoin, et mise en place de l'écarteur de Ricard. Inclinaison de la table gynécologique pour mettre la malade en position de Trandelenburg, et isolement des masses intestinales avec deux ou trois grandes compresses.

Deuxième temps : Préhension de l'utérus, dégagement des annexes, pincement, section et ligature des pédicules ovariens et ligaments ronds.

La préhension de l'utérus n'est pas indifférente. Pour le cancer du col où le corps est dur, solide, la pince de Bouilly est commode; pour les cancers du corps ou ceux du col dans lesquels l'utérus est un véritable pyomètre à parois amincies, il faut donner la préférence à la pince en lyre, qui n'entame pas la paroi et n'expose pas à l'issue de liquide sanieux à l'occasion de la préhension ou de la traction du corps utérin.

Après pincement et section des pédicules, il faut faire la ligature immédiate pour débayer le champ opératoire des pinces qui l'encombrent.

Troisième temps : Section aux ciseaux courbes sur le plat de la collerette péritonéale au voisinage de la vessie. Refoulement du péritoine et de la vessie avec tampon monté sur pince.

En même temps qu'on refoule le péritoine et la face postérieure de la vessie, on facilite la manœuvre, soit en sectionnant quelques brides, quelques fibres musculaires, soit en repoussant par la pointe mousse et connexe des ciseaux, la vessie qui se reconnaît facilement par les fibres de sa musculature. On décolle ainsi la vessie jusque sur le vagin dans le prolongement de la face antérieure de l'utérus. Sur les côtés, le tampon monté refoule cornes vésicales et tissu cellulaire jusqu'à ce qu'on découvre les plexus vasculaires situés en dehors et au-dessus de l'insertion du vagin sur le col utérin. Dans l'exécution de cette manœuvre, on voit souvent l'abouchement des uretères. On met une compresse en avant de l'utérus pour faire l'hémostase.

Quatrième temps : Ligature des artères hypogastriques. Dédoublement des feuillets du ligament large. On ramène l'utérus en avant sur la compresse placée en travers qui tamponne les surfaces cruentées. L'index gauche est placé en avant du moignon de ligature de l'artère ovarienne et soulève l'angle formé par l'union des feuillets du ligament large. D'un coup de l'extrémité des ciseaux courbes fermés le ligament large est dédoublé jusqu'au voisinage de la face postérieure qu'on dégage souvent par l'ablation de ganglions. On reconnaît, isole et lie l'artère hypogastrique au niveau de l'origine des branches. Bien ménager la veine. Pendant cette manœuvre, on voit le plus souvent l'uretère en dedans de l'index gauche.

Cinquième temps : Recherche et libération de la partie postérieure de l'uretère

Sous les feuillets postérieurs du ligament, au-dessus de la ligature de l'hypogastrique, l'uretère est vite trouvé. Placer une pince pour tendre, et étaler ce feuillet postérieur dont on décollera l'uretère. Soulever ce conduit pour le libérer complètement de façon à pouvoir le récliner plus tard en dehors. Cet isolement de l'uretère vous amène jusqu'à l'artère utérine.

Sixième temps : Ligature de l'artère utérine à son origine et *décroisement* de l'artère et de l'uretère dont on termine la libération dans le paramètre.

Dénuder l'artère utérine à son origine, placer une ligature au voisinage de l'hypogastrique, sectionner après avoir mis une pince sur le bout périphérique.

Ramener ce bout périphérique avec tissu cellulaire, ganglions même, sur la face antérieure du col pour opérer le décroisement du vaisseau avec l'uretère situé au-dessous. On reprend alors l'uretère déjà isolé jusqu'au paramètre et on aborde le temps délicat de l'opération, la séparation de ce conduit de la gangue plus ou moins indurée qui l'enserme de toutes parts. On utilise les ciseaux courbes fermés, maniés comme la sonde cannelée; la face convexe repose sur l'uretère; l'extrémité agit vigoureusement sur la voûte celluleuse qui recouvre le conduit. On enlève la partie supérieure de ce tunnel à parois quelquefois très dures et très épaisses dans certaines formes scléreuses, qu'on pourrait opposer à d'autres formes œdémateuses où la gangue celluleuse infiltrée d'un peu de liquide séreux se laisse bien plus facilement cliver et déchirer.

On ne craint pas de déchirer le conduit; il reste au-dessous de l'instrument, qui agit au-dessus de lui. On met à nu l'uretère sur tout son trajet et on le dégage alors assez facilement en le mobilisant soit en dehors, soit en dedans, en le soulevant, en sectionnant quelques brides se détachant de sa gaine. Toutes ces manœuvres doivent être précises, sans brutalité, exécutées avec patience, par petits coups, lentement.

L'uretère étant libéré jusqu'à la vessie, on refoule encore le point d'abouchement le plus bas possible avec la paroi vésicale pour que la section puisse porter bas, aussi bien en avant du vagin que sur les côtés.

Septième temps : Section du péritoine postérieur (du feuillet postérieur du ligament large, du cul-de-sac du Douglas). Décollement du rectum, section et ligature des ligaments utéro-sacrés.

Pour recliner la vessie en avant, les uretères sur les parties latérales de l'excavation pour que la zone postérieure ne soit pas encombrée par les uretères, il faut placer les écarteurs à double courbure préconisés par M. Pollosson et modifiés par M. Albertin. (Fig. 1 et 2.)

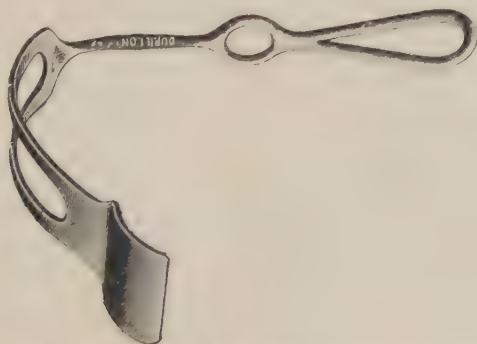


Fig. 1. — Ecarteur de M. Albertin pour la vessie.



Fig. 2. — Ecarteur de Pollosson modifié par Albertin.

L'utérus est attiré au dehors et ramené sur le pu-

bis. La main gauche (l'opérateur étant placé à droite de la malade) est mise à plat sur la face antérieure du rectum et l'attire en arrière de façon à faire remonter le cul-de-sac de Douglas le plus haut possible.

On sectionne facilement le feuillet postérieur du ligament large qui est tendu par cette manœuvre, on incise le cul-de-sac de Douglas au point de réflexion de la séreuse sur la face postérieure du col. L'extrémité des doigts de la main gauche effondre le tissu cellulaire pré-rectal en décollant la face antérieure du rectum aussi bas que possible. Il faut se méfier, à ce moment, qu'à ce niveau, le rectum est convexe en avant (cap du rectum de Charpy) et qu'il faut décoller en avant sur la paroi postérieure du vagin pour éviter la déchirure de l'intestin. Ce décollement du rectum sera prolongé assez bas pour que la section transversale du vagin ne l'atteigne pas. Cette manœuvre a dégagé les ligaments utéro-sacrés qui sont sectionnés et liés alors que la main gauche, aplatissant le rectum et le tirant en arrière, facilite la notion de la zone para-rectale à ménager.

On libère ainsi la région postérieure, l'utérus, et le paramètre se détache de la zone rectale qu'on ne doit plus aborder.

Huitième temps : Vérification de la mise en place des écarteurs antérieurs pour la vessie, latéraux pour les uretères. Fermeture du vagin au-dessus de la section à opérer par pince en T. Ablation de l'utérus, du paramètre et de la partie supérieure du vagin.

On vérifie à nouveau que l'écarteur antérieur ramène bien la vessie et l'abouchement des uretères, de façon à ce que la ligne de section vaginale se présente nettement.

L'index vérifie que la zone vaginale soit libérée suffisamment bas, de façon que la collerette vaginale attenante au col se termine par une zone de tissus sains. Les uretères réclinés dans la gouttière des écarteurs latéraux sont maintenus tout à fait sur la paroi verticale du bassin.

Avant d'arriver à l'ablation, il est bon, la pince vaginale de M. Albertin (*Fig. 3 et 4*) étant en place,



Fig. 3. — Pince de M. Albertin pour la fermeture du vagin.

de faire pratiquer le nettoyage du vagin avec un tampon monté imbibé d'eau oxygénée.

Le bloc à enlever est saisi par la main gauche du chirurgien et fortement tiré en arrière. L'aide qui tient l'écarteur latéral gauche de la main gauche place la main droite à plat sur la face antérieure du rectum et l'aplatit en le tirant en arrière.

A l'aide de longs ciseaux courbés sur le plat, on sectionne de droite à gauche le paramètre droit, le vagin au-dessous de la pince, le paramètre gauche.

Dans le cours de cette section, lorsqu'on arrive

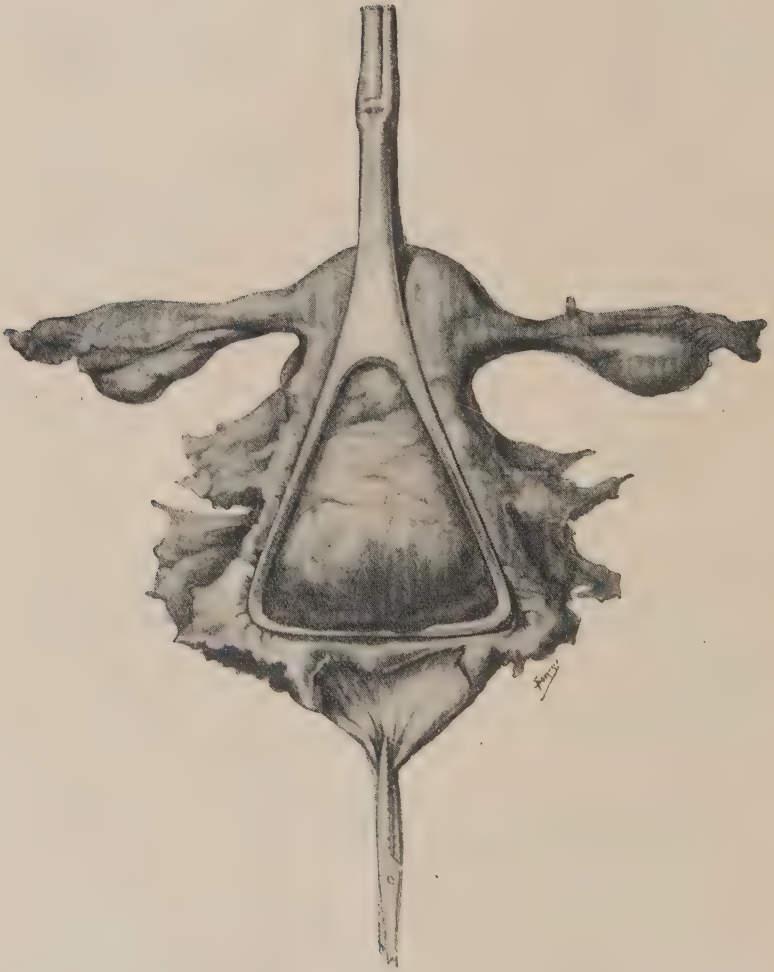


Fig. 4. — La pince vaginale mise en place.

au vagin, si l'isolement n'est pas complet, il faut se méfier du rectum, inciser la paroi antérieure du vagin, puis la paroi postérieure.

La traction tend le tissu cellulaire prérectal et on

évite le rectum en restant près de la section vaginale.

Dans le cours de cette section, on a du sang fourni par les plexus vaginaux, par les branches vésicales, des hémorroïdales moyennes, mais il est préférable d'achever rapidement la section et de tamponner le fond du bassin avec une volumineuse compresse de gaze imbibée d'eau oxygénée pendant quelques instants.

Neuvième temps : Hémostase. Drainage sous-péritonéal par le vagin.

On enlève la compresse, on place une pince tire-col sur la lèvre postérieure du vagin et on place des pinces languettes sur les plexus latéraux du vagin, sur quelques troncs veineux. Il est rare qu'on ait affaire à des hémorragies en jet. Cette hémostase par pincement et ligature doit être faite soigneusement et patiemment. Lorsqu'on la croira complète, on pourra, en *ramenant la malade dans la position horizontale*, vérifier si cette nouvelle position ne provoque pas un nouvel écoulement sanguin.

L'hémostase faite, une pince introduite par le vagin vient saisir une longue mèche de gaze dont la première partie traverse le vagin et le débarrasse des caillots et dont la seconde est utilisée pour captonner la surface cruentée du fond du bassin, au-dessous des uretères.

Dixième temps : Péritionisation basse. Il reste maintenant à réparer la brèche péritonéale faite au fond du bassin. On suture en surjet, au catgut, à partir de l'angle postérieur gauche, les deux lèvres de

l'incision péritonéale depuis le pédicule de la ligature de l'ovarienne; en avant, la collerette vésicale à bord concave est suturée au bord convexe du péritoine pré-rectal, au niveau de la ligne d'incision du Douglas. On reconstitue, en quelque sorte, le Douglas, le péritoine pré-rectal se continuant par le péritoine vésical.

Onzième temps : Fermeture de l'abdomen.

Y A-T-IL LIEU DE MODIFIER CETTE TECHNIQUE ?

Nous connaissons tous la révolution qui est l'œuvre de J.-L. Faure par sa déclaration de l'emploi systématique du Mickuliz comme temps abdominal terminal de l'opération de Wertheim.

Nous déclarons immédiatement que nous nous rallions en partie aux conclusions de J.-L. Faure et que nous reconnaissons volontiers qu'un certain nombre de décès soit par shock, soit par infection péritonéale eussent pu être conjurés par l'adoption de ce procédé.

Mais nous n'acceptons pas l'emploi systématique et dans tous les cas du Mickuliz. Nous allons, en faisant appel à nos observations, exposer nos raisons pour et contre cette méthode.

C'est un moyen d'abrégé la durée de l'intervention ; il est recommandable étant plus court, plus simple, plus facile à exécuter, et c'est peut-être bien à côté d'autres raisons plus sérieuses un élément d'appréciation qui a rallié les jeunes chirurgiens s'initiant à la pratique du Wertheim.

Comme moyen de prévenir l'infection, ce procédé

trouvera encore des indications assez nombreuses lorsqu'on opérera des malades fébriles ayant résorbé les produits septiques dont le paramètre paraît encore imprégné. C'est un moyen de circonscrire, de localiser un foyer dangereux d'où peut partir l'incendie.

Dans ces cas, nous associerons volontiers le Mickuliz au drainage par la voie vaginale.

Voilà certes bien des avantages. Examinons si la situation commande toujours et dans tous les cas pareilles précautions.

Toujours en nous référant à nos observations, nous ne pouvons pas cependant ne tenir aucun compte de ce qui s'est passé dans les cas où nous avons systématiquement fermé la grande cavité péritonéale en nous bornant à un tamponnement avec drainage capillaire (gaze) et tubulé (drain), disposé dans le pelvis au niveau de l'espace sous-péritonéal, les mèches sortant par le vagin. Dans ces cas nous n'avons pas eu de péritonite. C'est ce qui nous permet de dire que si nous consultons notre liste de décès, et celle de nos guérisons post-opératoires, la péritonite ne nous paraît pas être une complication assez fréquente et une menace assez redoutable pour imposer la mesure préventive du Mickuliz dans tous les cas.

En réunissant les cas de péritonite aiguë consécutive immédiatement ou un peu plus tardivement après nos opérations, nous en comptérons au plus douze cas. Et, comme nous l'avons déjà dit, dans certains cas de septicémie nous avons pu voir chez

Morgagni que la grande cavité péritonéale était restée indemne, sans liquide, sans exsudat, sans adhérences des anses intestinales.

Et pourtant dans nos cas de guérisons opératoires nous avons eu des cas plus ou moins favorables avec ces foyers locaux latents d'infection, qui nous ont donné souvent des suites mouvementées réclamant la surveillance de la perméabilité et du fonctionnement du drainage vaginal sous-péritonéal, sans que l'infection se soit propagée à la grande cavité du péritoine que nous avons soigneusement isolée et fermée.

En outre, les soins pré-opératoires, la désinfection préalable du col par la curiethérapie, doivent encore améliorer l'état local, permettre d'opérer dans une région mieux préparée, moins septique qu'autrefois.

Nous résumerions nos appréciations sur le Mikuliz de J.-L. Faure en disant que nous n'avons rien à lui reprocher et qu'il nous paraît un excellent moyen d'abréger l'opération et de prévenir l'infection péritonéale lorsqu'on la redoute.

Mais nous nous séparerons de lui à propos de l'emploi systématique et dans tous les cas.

Dans l'opération de Wertheim comme dans toute laparotomie il faut, après le refoulement des anses par la position de Trandelenburg, bien les maintenir, les isoler, bien protéger la cavité du grand péritoine, circonscrire le champ opératoire au pelvis. Pour ce faire, nous avons depuis longtemps adopté un procédé qui doit être bon puisque nos collègues nous ont fait l'honneur de l'adopter et d'en faire

l'éloge, c'est celui de l'emploi d'une serviette de toilette en toile *neuve* roulée en partie en boudin, l'autre partie s'étalant sur l'épigastre. Lorsque le paquet intestinal disparaît dans la région supérieure de l'abdomen on place ce rouleau, qui a un peu plus que la largeur du ventre, transversalement, de façon que ses deux extrémités s'ac-boutent sur les parties latérales et que son plein bouche complètement la cavité. Grâce à sa résistance et à son poids, ce rouleau ne se déplace pas et maintient derrière lui le bloc intestinal qu'on ne doit plus revoir pendant l'opération.

On peut compléter ce barrage par deux compres-ses de gaze munies d'un fil démarqueur placées aux deux extrémités de la serviette de façon à recueillir les liquides (sang ou sérosité) qui pourraient venir se collecter dans ces parties latérales déclives.

En résumé, avec un col désinfecté, une malade assez résistante et apyrétique, si l'opération s'exécute classiquement avec une durée moyenne, sans incidents ni accidents, nous fermerions la grande cavité péritonéale par une péritonisation pelvienne soigneusement exécutée et complète. Nous emploierons le Mickuliz de J.-L. Faure dans les cas douteux.

Nous venons d'exposer les raisons qui militent en certains cas en faveur de la modification des derniers temps de l'opération de Wertheim.

Nous arrivons à examiner si, dans notre premier procédé, les moyens d'hémostase ont été suffisants et s'il n'y a pas lieu de les modifier et d'en adopter de plus efficaces.

La lecture de nos observations nous montre le danger des hémorrhagies veineuses à plusieurs périodes, pendant l'intervention, immédiatement après et dans quelques cas plus tardivement. Ces dernières sont le plus souvent le résultat de l'infection et résultent de la chute de ligature ou d'ulcérations vasculaires.

Nous voulons surtout parler des hémorrhagies opératoires et post-opératoires, sur lesquelles nous avons déjà insisté en étudiant les causes de mort rapide.

On a beau avoir à sa disposition toute une série de pinces languettes, voire même la pince à ligatures métalliques de Michel, on n'arrive que difficilement à combattre l'hémorrhagie en nappe qui se collecte au fond du pelvis. Quelle est la cause de cette difficulté de l'hémostase ? C'est que le sang arrive par une multitude de veinules qui sont déchirées lorsqu'on pratique l'isolement du tissu cellulaire dont on veut pratiquer l'ablation, ce qu'on peut appeler le prolongement pelvien du paramètre.

Comme hémostase préventive il faut essayer, lorsqu'on isole le paramètre avec le doigts, de placer des pinces sur les origines des veinules apparentes. Il faut faire la ligature quelquefois à distance des veines classées ou de celles émergeant des plexus, qui seront d'autant plus nombreuses et plus hémorrhagipares que l'évolution du cancer sera plus avancée.

Nous envisageons en effet, non pas les cas simples, classiques, mais ceux où l'on a des surprises, et il y en aura encore quelques-uns !

L'autre phase opératoire où on peut encore avoir



Fig 6. — Pièce d'hystérectomie pour cancer du col. On remarque de gros ganglions dans le paramètre.

une hémorrhagie à combattre est celle qui suit l'ablation de l'utérus et du paramètre.

Tout d'abord, les plexus latéraux du vagin, que

l'on peut enserrer dans une suture adossante, celle de la tranche postérieure du vagin suturée par un surjet comme le faisait Pollosson, par des points séparés comme le recommande Tixier.

Si tout cela exécuté l'hémorrhagie continue, si en ramenant l'opérée de la position de Trendelenburg à la position horizontale on voit l'afflux du sang veineux augmenter, il faut ne plus se contenter du tamponnement du pelvis, dont les mèches sortiront par la voie vaginale, il faut faire un tamponnement permanent par la voie abdominale comme le conseille J.-L. Faure pour son Mickuliz, il faut faire un Mickuliz hémostasique.

Nous savons bien, et on nous l'a assez répété, que le tamponnement à la Mickuliz n'a ni un but ni un rôle hémostatique. C'est vrai. Mais il faut arriver à en faire un agent d'hémostase, un Mickuliz qui, dans les cas compliqués, tout en remplissant les indications pour lesquelles l'a conseillé son auteur et le prône son résurrecteur, nous permette encore de lutter efficacement contre les hémorrhagies post-opératoires immédiates, qui restent un danger redoutable.

Le tamponnement isolé par la voie pelvi-vaginale est insuffisant; il a souvent trahi nos espérances. Mais en lui adjoignant le tamponnement à demeure par la voie abdominale, on doit arriver à un résultat satisfaisant.

Nous avons, dans la lecture de nos observations, revécu trop de déboires pour ne pas essayer de les épargner à ceux qui voudront bien tenir compte de nos recommandations et se méfier de l'hémorrhagie

veineuse. Et on nous pardonnera d'avoir tant écrit au début de cet exposé pour obtenir qu'on ramène les indications aux cas opérables de façon à nous permettre d'envisager l'hystérectomie élargie appliquée au cancer du col utérin avec l'optimisme un peu trop souriant, mais encourageant du Professeur Tixier

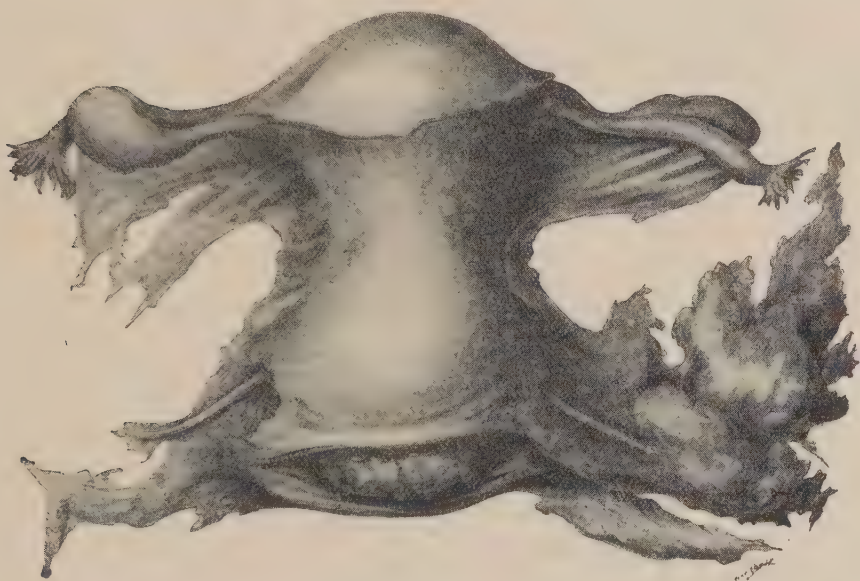


Fig. 7. — Pièce d'hystérectomie pour cancer du col.

lorsqu'il disait à la Société de Chirurgie (1909) : « L'opération de W. est longue, pénible, mais c'est une opération bien réglée. Malgré la longueur de l'anesthésie, souvent deux heures, habituellement une heure et demie, les malades ne présentent pas de complications pulmonaires; malgré les énormes délabrements pelviens elles sont relativement peu choquées, l'intervention est bien supportée. »

Cela est vrai lorsque rien ne vient troubler le déroulement classique des temps opératoires, mais y a-t-il une opération où il y ait plus d'imprévu, blessures des veines, des artères, de la vessie, des uretères, du rectum, l'accident est là qui guette l'opérateur. Il faut être prêt à parer à ces multiples complications. C'est aux chirurgiens qu'il appartient d'employer les moyens reconnus efficaces par leurs aînés et à en trouver de meilleurs, comme l'a déjà heureusement fait J.-L. Faure.

CHAPITRE V

Curiethérapie préalable et opération de Wertheim consécutive.

Les résultats locaux obtenus par la curiethérapie nous ont paru devoir améliorer les conditions dans lesquelles l'opération de Wertheim devait être pratiquée.

Dans dix cas nous avons donc fait de l'application du Radium le premier temps du traitement. Ce sont les résultats obtenus que nous allons exposer.

Auparavant, disons que notre procédé de curiethérapie pourra paraître un peu simpliste aux physiothérapeutes, mais nous l'exposons tel quel.

Après un nettoyage discret du col pour ne pas provoquer d'hémorrhagie, nous avons dilaté le col lentement pour y placer deux tubes de Radium de 62,5 mm. chacun, soit 125 mm. de bromure de radium. Chacun de ces tubes est entouré d'une couche de platine de un demi millimètre d'épaisseur qui agit comme premier filtre. On les place ensuite dans un petit tube de caoutchouc.

Ces tubes sont fixés soit juxtaposés, soit en tandem à l'extrémité d'une tige métallique assez malléable, un écouvillon porte-coton par exemple (1). Il faut, pour la dilatation, faire le chemin jusqu'au-dessus de l'isthme pour bien placer ces tubes et cela est souvent une manœuvre longue, délicate et difficile.

Ces tubes mis en place sont maintenus par un tamponnement du vagin et laissés en place 48 heures.

Les réactions ont été variables, mais sans fracas : des douleurs, une élévation thermométrique passagère.

Les intervalles entre la curiethérapie préalable et l'opération ont été des plus variables : 1 mois, 3 cas de 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois. Enfin, dans un cas où nous avons fait une application de Radium, le docteur Patel a pratiqué l'hystérectomie 14 mois après.

On voit qu'il est quelquefois difficile au chirurgien de fixer la durée de cet intervalle, la volonté des malades intervenant et le plus souvent dans un sens défavorable à leur intérêt.

D'une façon générale, la curiethérapie préalable nous paraît influencer l'état du paramètre cervical, mais nous ne considérons pas cette conséquence comme une contre-indication formelle à son emploi.

Le dégagement des uretères au voisinage du col est dans certains cas rendu plus difficile; il semble bien que le tissu cellulaire ait augmenté de densité

(1) Voir thèse de Verne, Lyon 1920, inspirée par Condamin.

par sclérose rétractile; mais nous avons rencontré ces difficultés dans tellement de cas où la curiethérapie n'avait pas été faite au préalable, qu'il nous paraît difficile d'émettre une opinion absolue et défavorable. Mais la critique est cependant assez justifiée pour qu'on puisse dire au moins : « La curiethérapie préalable ne crée pas des conditions favorables pour le dégagement des uretères au voisinage du col. »

Dans deux cas notamment, l'uretère droit était si emprisonné que son dégagement fut extrêmement laborieux, et si traumatisant pour ce conduit qu'une fistule urétérale se produisit le septième jour. Chez l'une de ces malades, le Docteur Villard dut procéder ultérieurement à l'ablation du rein droit pour faire la cure de cette fistule.

Est-ce à dire qu'il faut rejeter la curiethérapie préalable ? Non, car nous lui reconnaissons des avantages : c'est un moyen de désinfection du col précieux à ne pas négliger.

Doit-on la pratiquer d'une façon systématique avant de procéder à l'opération de Wertheim ? Nous formulerons une opinion éclectique en raison de l'examen des cas. Si nous nous basons sur les résultats heureux obtenus dans une série trop peu nombreuse d'ailleurs chez des malades traitées de cette façon : curiethérapie préalable, et ensuite opération de Wertheim, nous inclinerions à considérer cette méthode de traitement comme méthode de choix à l'heure actuelle.

Mais, en face d'un cancer du col utérin au début,

lorsqu'on a à faire à une forme scléreuse, non végétante, quand bien même il y a un début d'ulcération, nous sommes d'avis que l'indication opératoire immédiate doit être posée et réalisée. C'est au chirurgien à choisir et à prendre une détermination.

Pour éviter la sclérose progressive du paramètre, si on a recours à la curiethérapie préalable, il ne faut pas prolonger le sursis à l'opération, l'intervalle libre. Au bout de 3 à 4 semaines, l'action du Radium sur le col a produit un effet de détersion suffisant pour que le résultat cherché soit obtenu et c'est ce moment qui nous paraît le plus propice à l'intervention.

Nous avons fait examiner quelques utérus soumis à l'action du Radium, puis enlevés par l'opération de Wertheim. Il paraissait opportun de saisir sur le vif *l'action stérilisante de la curiethérapie sur les éléments néoplasiques.*

Dans un cas, après un prélèvement du col, l'examen histologique pratiqué par le Docteur Haour diagnostique : « épithéliome malpighien spino-cellulaire lobulé à globes épidermiques, très radio-résistant. »

Curiethérapie le 31 mars 1922. Opération de Wertheim. le 13 juin 1922. L'examen histologique de la pièce fait par le Docteur Dunet lui faire dire : « Il persiste au niveau de la zone cicatricielle quelques amas glandulaires ne présentant aucune caractéristique d'un tissu néoplasique épithéliomateux. »

Voilà donc un cas qui paraît probant de stérilisation d'un col cancéreux par la radiothérapie.

Dans deux autres observations, résultat analogue.

Premier examen : épithéliome malpighien, curie-thérapie, opération de Wertheim.

Deuxième examen : on ne trouve plus trace d'éléments néoplasiques.

Résumons les résultats chez nos opérées. Un premier cas chez une éthylique avec goître exophtalmique, opéré par Jaboulay en 1909, se termine le septième jour par des hématuries répétées sans que la température ait dépassé 38°2. Collapsus terminal.

Un deuxième cas, relatif à une femme jeune (33 ans) se termine par une métastase dans la région du cou, 14 mois après avec monoplégie du membre supérieur droit. Est-ce le radium qui a provoqué cette généralisation à distance ?

Dans le troisième, récurrence 2 ans après.

Le quatrième est celui où le Docteur Patel fit l'opération de Wertheim 14 mois après que nous avons fait une application de Radium (1919-1921). Décès par récurrence en 1922.

Nous arrivons à l'étude d'une série plus consonnante.

Cinq malades sont en observation et en apparence guéries depuis 5 ans, 6 ans, deux depuis 7 ans et une depuis 9 ans.

Cinq guérisons de cancer utérin traité par la curie-thérapie préalable, suivie de l'opération de Wertheim et actuellement encore contrôlées, après un pareil laps de temps, nous paraissent constituer un élément d'appréciation loin d'être négligeable.

Nous avons donné des faits mais nous ne voulons

pas formuler des conclusions en présence du mouvement thérapeutique qui se fait actuellement autour du cancer utérin. C'est le cas de rappeler ce vieil adage : « Vérité d'aujourd'hui, erreur de demain. »

CHAPITRE VI

Curiethérapie seule.

Dans une première série qui a fait l'objet d'une communication à la Société des Sciences médicales de février 1926, nous avons fait, sur 35 malades, de la curiethérapie palliative. Les résultats ont été variables. Notons que dans deux cas ce traitement préalable nous a rendu deux cas opérables.

Pour ce qui est de la valeur de ce traitement, nous nous serions téméraires de vouloir la juger alors que cette méthode est en pleine évolution et on pourra se référer aux travaux de Regaud, Nogier, Condamin, et à ceux des physiothérapeutes qui en poursuivent l'étude avec ardeur. L'avenir leur appartient.

Nous nous bornerons à l'étude de nos cinq cas où nous avons mis nos malades en observation et qui nous ont paru mériter d'être exposés, surtout en raison des suites heureuses, qui datent toutes de plus de cinq ans.

Faisons d'ailleurs remarquer que ces cas étaient très favorables et devaient être suivis d'intervention.

Nous ne cherchons ni à expliquer ni à atténuer ces succès. Bornons-nous à les enregistrer à l'actif de la physiothérapie. Pour des raisons diverses, l'opération n'a pas été pratiquée : Il n'y a pas lieu de refuser à la curiethérapie seule ces beaux résultats et c'est pour cela que nous les plaçons à côté de ceux obtenus par la méthode sanglante.

Nous avons déjà montré dans des pages précédentes que le Radium avait stérilisé, purgé de tout élément néoplasique certains cols utérins que nous avions enlevés par l'opération de Wertheim et fait examiner histologiquement.

Des guérisons maintenues après une période de 8 à 9 ans chez nos malades démontrent tout au moins que la tumeur était locale et n'avait pas encore essaimé trop loin hors de la portée du Radium.

Sur nos cinq malades, quatre sont encore en observation.

Nous ne pouvons qu'enregistrer avec satisfaction ces résultats favorables, sans oser en tirer des conclusions.

Nous pensons que la curiethérapie est une arme nouvelle entre les mains de ceux qui se sont attachés à la cure du cancer utérin et que l'avenir lui donnera la place qu'elle mérite.

Mais à l'heure actuelle nous répétons ce que nous avons déjà dit bien souvent : c'est que nous reconnaissons de plus en plus la nécessité de la collaboration entre les physiothérapeutes et les chirurgiens. Leur action isolée, sans contrôle mutuel, ne peut que

desservir la cause scientifique et l'intérêt des malades.

L'action locale du « Radium » n'ira pas s'exercer sur les adénopathies secondaires à distance quelquefois bien loin placées, mais le plus souvent encore accessibles au doigt des chirurgiens. La radiothérapie profonde remplacera-t-elle cette action directe, arrivera-t-elle à stériliser ces agents de réciproque et de repullulation ? Nous le désirons vivement, mais nous ne sommes pas encore arrivés à croire que le moment est opportun pour dissocier, isoler les efforts réciproques des chirurgiens et des physiothérapeutes.

Nous nous sommes laissé dire que Wertheim, en présence des affirmations que la physiothérapie assurerait à elle seule dans l'avenir la cure radicale du cancer utérin, avait eu un accès de découragement en s'exclamant qu'après avoir consacré sa vie à l'obtention de la cure du cancer utérin par la voie sanglante, son œuvre devenait inutile, périmée. Nous ne le pensons pas et nous ne pouvons qu'applaudir à la constance des chirurgiens qui, après Wertheim leur initiateur, continueront la lutte sur le terrain chirurgical.

CHAPITRE VII

Cancérisation ultérieure du moignon cervical après l'hystérectomie sub-totale. — Son traitement.

Dans les cas de cancérisation secondaire du col après hystérectomie subtotala, la curiethérapie paraît devoir être appliquée efficacement et peut être suivie d'ablation du col et des ganglions pelviens par voie abdominale, la voie vaginale nous paraissant insuffisante et dangereuse.

Le moyen préventif, c'est de substituer l'hystérectomie totale à la subtotala d'une façon systématique, comme le fait le Professeur Tixier.

Les faits de cancérisation ultérieure du col utérin après l'hystérectomie subtotala sont assez nombreux pour impressionner les chirurgiens, et nous paraissent déterminer une orientation opératoire vers l'hystérectomie totale comme procédé de choix, substitué à l'hystérectomie supra-cervicale.

En laissant le col utérin, on s'expose à la dégénérescence ultérieure néoplasique de cet organe. Cette complication redoutable, qui vient troubler une guérison qui paraissait définitive autant pour l'opérée

que pour le chirurgien, survient à des dates post-opératoires variables. Nous avons des observations où l'apparition de l'affection cancéreuse s'échelonne de 2 à 10 ans. Elles sont au nombre de huit observées par nous, mais il se peut que d'autres de nos opérées ou ne soient pas soignées ou se soient adressées à d'autres chirurgiens, de sorte qu'il est difficile d'établir un pourcentage sur la fréquence de cette affection après l'hystérectomie subtotale.

Chez sept malades (la huitième n'a pas été revue), nous avons fait de la curiethérapie; chez deux nous avons ensuite procédé à l'ablation du col par la voie vaginale; chez trois autres nous avons employé la voie abdominale. Chez toutes nos malades l'application de Radium nous a donné des résultats immédiats satisfaisants; mais pour les résultats éloignés, il n'en est pas de même puisque nous n'avons plus que trois malades en observation. Souhaitons que le perfectionnement de la technique obtienne des résultats plus complets; nous céderons la place aux physiothérapeutes qui, avec Regaud, concluent « que les cancers développés sur le moignon laissé par l'hystérectomie subtotale sont à traiter par curiethérapie intérieure (Radium, Rayons X) de source extérieure ».

En ajoutant ce chapitre nous voulions avoir l'occasion d'exposer ce que nous pensons de l'ablation secondaire du col utérin atteint ultérieurement à l'hystérectomie subtotale de dégénérescence cancéreuse.

Dans deux cas, nous avons utilisé la voie vaginale

et nous sommes d'avis qu'elle doit être abandonnée. Malgré qu'on circoncrive une longue et large collette vaginale, dès qu'on arrive sur les régions latérales du col on n'est plus à l'aise. Le travail de décollement est aveugle, on est mal repéré sur les uretères, qu'on craint de blesser à tout moment. On a de la tendance à se rapprocher du moignon utérin, alors que, pour dépasser les limites de la lésion, on devrait s'en éloigner. En résumé, les deux cas où nous avons pratiqué cette intervention par la voie vaginale nous suffisent pour déclarer que nous ne la conseillons pas en raison de ses difficultés, de ses dangers et de l'insuffisance du jour que l'on a sur le champ opératoire. Après l'avoir pratiquée, le chirurgien n'a pas l'impression d'avoir fait une intervention adéquate au but qu'il s'était proposé. Dans ces deux cas, malgré la curiethérapie, malgré l'ablation du col par la voie vaginale, nous avons eu des récurrences, 2 ans et 3 ans après.

Dans trois autres cas nous avons choisi la voie abdominale et c'est celle que nous conseillons sans restriction. L'intervention sanglante, si elle est décidée, ne doit se faire que par l'abdomen; elle nous met, comme dans le Wertheim, en face des lésions, à ciel ouvert; elle permet l'ablation des ganglions à distance et donne au chirurgien la possibilité d'exécuter une opération qui lui laissera, avec la satisfaction immédiate, l'espoir d'une guérison si la tumeur n'a pas déjà essaimé trop loin.

Dans un cas cité par Verne dans sa thèse (Obs. XII), l'intervention précéda l'application du Radium, qui

fut placée au-dessus de la collerette vaginale, alors qu'une péritonisation soigneuse à surjet serré avait isolé et fermé la grande cavité péritonéale. Le résultat immédiat fut très satisfaisant. Il faudrait savoir ce qu'est devenue cette malade.

Dans un autre cas, la curiethérapie fut faite au préalable 47 jours avant l'intervention par voie abdominale. L'isolement des uretères fut assez laborieux, mais en reprenant la partie postérieure de l'uretère comme fil conducteur on put les dégager du paramètre qui présentait un certain degré de sclérose. On fit l'ablation d'un gros ganglion paracervical gauche et de plusieurs ganglions iliaques bilatéraux. Malgré cette opération satisfaisante, récidive en 1926, deux ans après.

La dernière observation que nous apportons à l'appui du choix de la voie abdominale date de décembre 1913 et a trait à une malade opérée à la Charité pour une grossesse tubaire qui avait nécessité une castration par subtotale. Le tissu cellulaire du paramètre était sclérosé et le dégagement des uretères fut un peu difficile. Malgré une petite déchirure du rectum, suturée et laissée au-dessous de la péritonisation, la malade guérit sans incidents.

Nous avons étudié ces observations surtout au point de vue opératoire et nous pensons qu'elles nous permettent de conclure en faveur de la voie abdominale lorsqu'on a à intervenir dans les cas de cancerisation du col utérin, lorsqu'on se propose d'en faire l'ablation.

Nous ne voulons pas terminer cet exposé sans par-

ler du moyen préventif à opposer à la cancérisation ultérieure du col après l'hystérectomie subtotale. Il est simple, sinon à la portée de tous : c'est de faire toujours l'hystérectomie totale dont Tixier, à Lyon, s'est fait l'apôtre convaincu. Il est plus simple, plus facile, plus rapide, plus brillant d'exécuter une hystérectomie subtotale. C'est ce qui incite nombre de jeunes chirurgiens à s'en tenir à ce procédé opératoire. On ajoute un autre argument : c'est que la cancérisation du moignon cervical est chose plutôt rare et on oppose les nombreux cas d'intervention par la subtotale avec un pourcentage de mort insignifiant aux quelques décès survenus tardivement à la suite de la dégénérescence cancéreuse du moignon.

Nous sommes bien près de nous rallier à l'opinion de Tixier, car il est navrant de voir une malade guérie, après une intervention pour fibrome ou affection banale, venir 3, 4, 10 ans après réclamer les secours du chirurgien qui l'a opérée, avec une cancérisation du col utérin. C'est une véritable faillite de l'hystérectomie supra-vaginale que la malade souligne quelquefois en vous disant : « Pourquoi ne m'avez-vous pas tout enlevé ? »

Nous voulons cependant plaider les circonstances atténuantes. L'hystérectomie totale est plus difficile, plus longue à exécuter que l'hystérectomie subtotale. Les suites opératoires sont moins courtes, la guérison est moins certaine. Ce sont les raisons pour lesquelles les jeunes, et même quelques vieux chirurgiens, la préfèrent encore.

Il appartient à la génération chirurgicale en acti-

vité et à celle qui fait encore son apprentissage de combiner leurs efforts, les maîtres en instruisant leurs élèves, les apprentis en s'éduquant et en s'entraînant à cette pratique, d'arriver par la perfection et la simplification de la technique, à ce résultat : « L'hystérectomie totale s'exécutant avec la même facilité, avec des résultats aussi satisfaisants, doit être substituée à l'hystérectomie subtotale. »

Nous n'apportons pas d'esprit sectaire dans nos conclusions de thérapeutique chirurgicale; aussi, tout en nous ralliant à la pratique courante de l'hystérectomie totale, nous ajouterons que la subtotale doit être conservée comme moyen d'exception pour terminer rapidement et simplement une opération longue, laborieuse et difficile, moyen que nous comparerons à celui du Mickuliz, moyen exceptionnel mais bien souvent indispensable pour obtenir le succès opératoire.

Nous croyons à la vulgarisation dans l'avenir de l'hystérectomie totale lorsque le chirurgien se trouve placé en face de la nécessité de sacrifier l'organe utérin. « Ablatà causà, tollitur effectus ». Avec l'hystérectomie totale généralisée, la question de cancérisation du col après l'hystérectomie disparaîtra de la nomenclature des affections gynécologiques et ne sera plus qu'un cas exceptionnel.

Mais en terminant nous répèterons qu'il appartient aux maîtres d'éduquer leurs élèves et de leur donner les moyens techniques d'exécuter une hystérectomie totale avec la même simplicité et la même sécurité qu'une hystérectomie subtotale.

OBSERVATIONS

Résultats éloignés après l'opération de Wertheim

3 séries — 20 observations.

Pour notre statistique générale et antérieure, nous renvoyons à la thèse d'Aisopos (Lyon 1916).

Nous restreignons nos citations à des observations où les opérés ont eu plus de 5 ans de survie à *notre connaissance*.

I^{re} SÉRIE

Dans la première série ci-dessous, nous connaissons la date des décès.

NOM	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	RÉCIDIVE	DATE DE DÉCÈS	SURVIE
Pra... ..	44	13 sept. 1906	R.	18 février 1912	1906-1912 6 ans
Corn...	53	26 avril 1907	R.	1914	1907-1914 7 ans
Sav...ô	59	1 ^{er} juillet 1908	?	24 juin 1918	1908-1918 10 ans
Cau... ..	43	3 avril 1908	?	1915	1908-1915 7 ans
Mag... ..	53	26 avril 1911	R.	1918	1911-1918 7 ans

II^e SÉRIE

Dans la seconde série, nous avons eu des nouvelles nous permettant de contrôler une survie de plus de 5 ans et pas de nouvelles depuis la date indiquée à la dernière colonne.

NOM	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	GUÉRISON	DATE DERNIÈRES NOUVELLES
Duf... ..	53	29 nov. 1907	en 1923	en 1924 17 a. ap. op.
Guy... ..	30	17 juin 1906	en 1912	en 1912 6 a. ap. op.
Br... ..	36	25 oct. 1911	en 1918	en 1913 7 a. ap. op.

III^e SÉRIE

Dans cette dernière série, nous avons groupé les opérés dont nous avons encore le contrôle et que nous considérons comme guéries, à part une malade encore en observation, opérée récemment et une décédée en 1917.

NOM	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	EXAMEN	GUÉRISON MAINTIENUE
Tast... ..	41	20 oct. 1909	1923-1926	en 1927 1909-1927 18 ans
Bert... ..	44	17 août 1911	revue en 1927 19 mai	en 1927 1911-1927 16 ans
Desp... ..	40	23 juin 1909	1917 cancer gastrique sans récidive locale	1909-1917 8 ans
Laf... ..	39	12 février 1913	va bien	1913-1927 14 ans
Ray... ..	41	26 août 1913	1927	1913-1927 14 ans
Ger... ..	35	27 nov. 1912	1927	1912-1927 15 ans
Jard... ..	46	25 février 1915	1927	1915-1927 12 ans
Dutg... ..	39	28 mars 1916	1927	1916-1927 11 ans
Dep... ..	50	15 janvier 1918	juin 1927	1918-1927 9 ans
Neyr... ..	41	30 oct. 1918	1927	1918-1927 9 ans
Cl... ..	50	12 sept. 1922	1927	1922-1927 5 ans
Bl... ..	48	12 janvier 1925	1927	1925-1927 2 ans 1/2

OBSERVATIONS

RELATIVES AU CHAPITRE V

Curlietherapie préalable et Wertheim consécutif

OBSERVATION I

(In th. de Verne, n° XIII)

C..., 38 ans. Entre à Sainte-Madeleine en avril 1917.

Néoplasme du col utérin à la limite de l'opérabilité; la base du ligament large droit est déjà indurée. A gauche, le cul de sac vaginal est libre. L'utérus a perdu en partie sa mobilité.

23 avril 1917. — Application de radium (125 mgr. pendant 48 h.). Revue en juillet et en août 1917: bon état local et général. Utérus mobile. Col reformé. Malade devenue opérable.

8 octobre 1917. — La malade entre de nouveau à la Charité parce qu'elle souffre dans les reins et la cuisse droite, pour y subir une opération large.

A l'examen, on constate une récurrence au niveau du col. L'utérus n'a plus la mobilité qu'il avait il y a un mois. A droite, légère induration de la base du ligament large. Néanmoins, la malade peut bien être opérée.

11 octobre 1917. — M. Albertin pratique l'hystérectomie abdominale élargie. Quelques difficultés dans la dissection de l'uretère droit à cause d'une légère infiltration néoplasique de ce côté.

Adhérences entre l'intestin, l'épiploon et l'utérus que l'on libère facilement. En même temps, on note une transformation scléreuse de l'utérus.

11 novembre 1917. — La malade part en très bon état.

Depuis, elle a été perdue de vue.

OBSERVATION II

Dr., 43 ans, cancer du col utérin, ulcère en cratère. Radium le 11 décembre 1919. Excellent résultat immédiat. Opération de Wertheim par le Docteur Patel en janvier 1921. Récidive avec adénopathie inguinale en janvier 1922. Décès vers le milieu de l'année.

OBSERVATION III

Guill., 33 ans.

Cancer du col déjà excavé. Ulcère bourgeonnant, induration paramètre à droite.

Radium le 8 octobre 1918.

Bon résultat local, col cicatrisé.

OPÉRATION. — Castration avec évidemment paramétrique le 9 janvier 1919.

Intervalle R. O. 3 mois.

Métastase région cervicale et dorsale. Compression racine du plexus brachial. Monoplégie m. sup. droit en décembre 1919.

Décès le 27 février 1921.

OBSERVATION IV

Lac., 48 ans. Cancer du col utérin chez une malade vigneronne éthylique. A été opérée par Jaboulay en 1909 : ablation partielle d'un goitre exophtalmique.

Prélèvement examiné par le Docteur Dunet. Epithéliome cylindrique métatypique.

Radium le 24 mai 1922.

Opération de Wertheim le 29 juin 1922, laborieuse, avec ablation ganglions iliaques. Les jours suivants, température 38°2 au maximum, paraît aller bien. Le sixième jour, hématuries répétées. Décès le septième jour dans le collapsus.

Examen de la pièce opératoire : Docteur Dunet. Il persiste au-dessous de la ligne de nécrose fibrinoïde consécutive à l'application de radium de minces îlots épithéliomateux enserrés par un tissu conjonctif dense, scléreux.

OBSERVATION V

Jourd., 39 ans, cancer du col utérin, forme limite de l'opérabilité, obèse. Infiltration paramétrique droite et induration cul de sac antérieur. Application de radium le 20 août 1924. Opération de Wartheim le 14 octobre 1924. Fistule urétérale le huitième jour. Récidive et décès en 1926.

OBSERVATION VI

Néoplasme du col utérin inopérable. Rendu opérable par une application de radium. Hystérectomie abdominale élargie. Résultat excellent depuis deux ans.

(In Thèse de VERNE, N. Y.)

Nov..., 43 ans. Très bonne santé antérieure. Mère morte d'un cancer utérin. Entre à la Charité en décembre 1917, service du Docteur Albertin, pour des pertes ichoréiques très fétides et hémorrhagiques. Vives douleurs dans le bas-ventre depuis deux mois, a beaucoup maigri.

On constate au niveau du col utérin des bourgeons néoplasiques en choux-fleurs, qui saignent facilement. La lèvre gauche est profondément rongée. Les culs-de-sac vaginaux sont indurés, l'utérus a perdu sa mobilité. Le paravvatrium paraît envahi.

Devant ces constatations, la malade, jugée inopérable, est soumise, après préparation chirurgicale, à une application de radium (125 mgr. pendant 48 h.).

Revue en février et mars, très améliorée. A repris l'appétit et engraisée de 2 kilos. Plus de pertes. Le col sclérosé s'est reformé, l'utérus est mobile.

En avril 1918, suivant les conseils qu'on lui donne, rentre à

la Charité pour subir l'hystérectomie totale, car elle est devenue, sous l'influence de la radiumthérapie, très nettement opérable.

Le 22 avril 1918. — M. Albertin pratique sur elle l'opération de Wertheim. La dissection et la libération des uretères furent assez difficiles, car un bloc de tissu scléreux les entourait de part et d'autre. On eut quelques difficultés également à libérer la paroi vésicale. A noter également une hémorrhagie veineuse qui donna lieu ultérieurement à un hématome suppuré. Sur l'utérus enlevé, on constate un corps sain et un col nettement reformé, mais scléreux et ne présentant aucune trace macroscopique de néoplasie épithéliale.

La malade, revue plusieurs fois, présente un meilleur état local et général avec un embonpoint plus que suffisant. Le 19 juin 1919, présentée à la Société de Chirurgie, où l'on constate une souplesse parfaite du fond du vagin et des parties profondes.

Revue en avril 1920, on constate toujours un très bon état local et général.

OBSERVATION VII

Ha..., 43 ans, *cancer du col utérin* légèrement bourgeonnant, ulcéré, utérus assez mobile, opérable.

Radium le 3 juillet 1918.

En novembre, col presque entièrement cicatrisé, propre à l'exception de deux petites ulcérations, une sur chaque lèvre du col.

Opération. — Castration avec évidemment paramétrique le 5 novembre 1918.

(Intervalle R. 4 mois).

L'ablation a été faite dans de bonnes conditions.

Ganglion cervico-latéral droit volume haricot — un ganglion iliaque droit volume du pouce; deux ganglions iliaques gauches. Guérison opératoire.

Suites éloignées.

Examen du 14 janvier 1924. — Je ne trouve aucune trace de récurrence. La cicatrice vaginale est souple, pas de masses appréciables latéro-vaginales ou iliaques. La palpation abdo-

minale combinée au toucher vaginal ne révèle rien d'anormal.
En 1926, la guérison persiste. 1918-1926.

OBSERVATION VIII

Em..., 47 ans. Cancer du col utérin. Prélèvement examiné par le Docteur Haour, en mars 1922. Résultat : « 1° Aucun épithélium normal visible; 2° nombreux noyaux cellulaires dans toute l'étendue de la coupe; 3° ces noyaux cellulaires sont composés de cellules néplasiques à division nucléaire atypique. En outre, il y a de nombreux globes cornés. Donc épithélioma Malpighien spino-cellulaire lobulé à globes épidermiques du col utérin, très radio-résistant. »

Curithérapie le 31 mars 1922 (deux tubes 125 mgr. de radium laissés en place 48 heures).

Opération de Wertheim le 13 juin 1922. Fistule urétérale droite secondaire. Ablation ultérieure du rein droit par le Docteur Villard, en 1924.

Examen de la pièce par le Docteur Dunet. Résultat : « Il persiste au niveau de la zone cicatricielle quelques amas glandulaires ne présentant aucune caractéristique d'un tissu néoplasique épithéliomateux.

Guérison maintenue 1922-1927.

OBSERVATION IX

Perr..., 52 ans. Règles irrégulières depuis deux ans. Depuis quelques mois, douleurs lombaires métrorrhagées. Col squirrheux, ulcère, saigne facilement. Epithélioma Malpighien.

Le 22 novembre 1921, application de deux tubes de radium intracervicale (125 mgr.) laissés en place 48 heures. Légère réaction douloureuse et fébrile pendant quelques jours, maximum 38°.

Examen en janvier 1922. — Col cicatrisé avec revêtement continu, la surface donne au doigt la sensation de velours. La malade satisfaite de son état se refuse à une nouvelle intervention.

En mai 1922, six mois après la curiethérapie, je la décide à se laisser opérer et le 18 mai 1922, je pratique une opération de Wertheim, qui se passe assez bien.

Je trouvai le paramètre un peu sclérosé, l'uretère droit un peu résistant à la palpation avait un volume double de l'uretère gauche. Pas de ganglions iliaques. Péritonisation base, fermeture complète de la cavité péritonéale, drainage vaginal sous-péritonéal. Suites simples. Température n'a pas dépassé 38°5.

Guérison opératoire en 15 jours.

L'examen de la pièce enlevée a été pratiquée par le Docteur Dunet : On constate que la cicatrice blanchâtre correspond à une large zone de tissus nécrosés ou persistent à peine quelques noyaux mal colorables. On trouve quelques amas glandulaires dont seule, la situation profonde, en plein tissu musculaire, permet de les rattacher à la masse néoplasique initiale, mais on ne peut affirmer leur malignité.

Cette malade traitée par la curiethérapie préalable faite le 22 novembre 1921 et ensuite par l'opération de Wertheim pratiquée le 18 mai 1922, a été suivie jusqu'à ce jour et ne présente actuellement, mai 1927, aucune menace de récurrence. Etat de guérison depuis 5 ans.

OBSERVATION X

B..., 44 ans. Cancer du col utérin. Examen histologique: Docteur Dunet. Epithélioma Malpighien tubulé sur fragment prélevé. Mai 1922.

Radium le 8 mai 1922 et opération de Wertheim le 18 juillet 1922.

L'examen de la pièce enlevée a été fait par le Docteur Dunet. On ne trouve pas traces d'éléments néoplasiques.

La malade revue plusieurs fois est encore vivante et bien portante. 1922-1927.

OBSERVATION XI

J..., 46 ans. Cancer du col utérin. Examen histologique du Docteur Dunet. Epithélioma Malpighien.

Radium le 17 mars 1924.

Cicatrisation du col, amélioration de l'état général.

Opération de Wertheim le 13 octobre 1924. Opération classique assez facile.

Revue plusieurs fois, vivante et bien portante en 1927.
1924-1927.

OBSERVATIONS

RELATIVES AU CHAPITRE VI

Curiethérapie seule

OBSERVATION I

Au..., 45 ans, entre dans le service pour un cancer ulcère du col utérin.

Application de radium le 17 février 1917.

Résultats immédiats très satisfaisants.

En 1924, le résultat se maintient, l'utérus est parfaitement mobile. Il persiste une surface vulnérable au grattage sur la lèvre postérieure du col mais qui ne paraît pas en évolution. Etat général bon. Pas de pertes en dehors des règles qui, supprimées pendant plusieurs mois après la curiethérapie, sont revenues.

OBSERVATION II

Mign., 56 ans. Ménopause depuis 8 ans. Depuis 6 mois, pertes jaunes et rouges. Cancer atrophique du col utérin, quelques végétations ulcérées intracervicales friables et saignant à l'examen. Albuminurie.

Application de radium (125 mgr. en deux tubes juxtaposés, intracervicale, 48 heures).

Réaction locale très douloureuse et générale sous forme de fièvre avec 38°4-39°, qui a duré un mois.

Première application le 23 avril 1918.

En présence de la persistance d'une petite ulcération, deuxième application de radium le 4 décembre 1918.

Cette fois, pas de réaction.

Examen le 27 mars 1919. — Au fond du vagin, on trouve une petite nodosité qui est le col utérin atrophié. Les culs-de-sacs vaginaux sont souples. Pas de pertes.

Examen du 30 septembre 1919. — Même état de guérison. Plus d'albuminurie. Bon état général.

Examen du 26 février 1920. — Etat de guérison. Pas d'adénites iliaques, pas de douleurs, est très satisfaite de son état.

La malade a été suivie par son médecin traitant, le Docteur Devic, elle a eu en février 1924 une pneumonie dont elle a guéri.

En 1927, la guérison se maintient depuis 9 ans.

OBSERVATION III

Sal..., 43 ans. Pertes rouges depuis 3 mois, douleurs avec irradiation dans la jambe gauche (varices). Col ulcéré friable.

Prélèvement. Examen histologique. Néoformations épithéliales plongeant au sein du tissu musculaire. Epithélioma ectodermique typique.

Le 12 1919. — Application 2 tubes de radium (125 mgr.), pénétrant dans la région cervicale, juxtaposés et laissés en place 48 heures. Un peu de réaction douloureuse avec ascension thermique à 38°9. Déferescence en 4 jours.

La malade, à qui j'ai conseillé l'hystérectomie comme opération complémentaire, se dérobe.

Je la revois en février 1920, le col est bien cicatrisé, il n'y a plus aucune perte vaginale, les culs-de-sac sont souples, le col est atrophié.

L'état général est bon, elle a repris du poids, se déclare très satisfaite et refuse absolument toute intervention.

Sur ma demande, elle me répond en 1927, 16 février, qu'elle va bien.

OBSERVATION IV

Joub..., 58 ans. Ménopause depuis l'âge de 53 ans. Depuis quelques mois, pertes rosées, jaunâtres, odorantes, col végétant.

tant avec état granuleux des culs-de-sac vaginaux, cancer du col utérin.

Application de radium (2 tubes avec 125 mgr.), le 2 juillet 1920 (48 h.). Pas de réaction.

Examen du 18 octobre 1920. — Col détergé, cicatrisé, persistance d'un sillon érodé dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Le 7 février 1921, le fond du vagin est lisse, souple, le sillon du cul-de-sac postérieur a disparu, le col est avalé.

Etat général, bon; les douleurs ont disparu.

En septembre 1921, examen, guérison persiste. Idem en 1924.

OBSERVATION V

Ger..., 58 ans. Ménopause à 51 ans. Depuis quelque temps, pertes rosées et douleurs pelviennes. Col utérin végétant, ulcéré, s'effritant sous le doigt.

Application de radium le 10 mai 1921 (2 tubes en tout 120 milligrammes, juxtaposés et introduits dans le col, laissés en place 48 heures).

Examen en juin 1921. — Col détergé, surface aspect diphtéroïde en voie de cicatrisation, avec un liseré blanc en bordure.

En septembre 1921, col cicatrisé, atrophié au fond du vagin. Cicatrice souple empiétant sur la muqueuse des culs-de-sac vaginaux.

Malade revue chaque année.

Guérison maintenue en 1927.

Six ans après curiethérapie seule.

OBSERVATIONS

RELATIVES AU CAPITRE VII

Cancérisation ultérieure du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale

OBSERVATION I

Joss..., , opérée en 1910, à la Charité, pour grosseur tubaire par hystérectomie subtotale.

En 1913, cancérisation du col utérin. Le 21 novembre, on intervient par la *voie abdominale*. Pour isoler le col on dégage les uretères du paramètre qui est fibreux, temps difficile.

On enlève le col avec le tissu cellulaire péri-cervical et la partie supérieure du vagin largement.

Au cours de l'intervention, on a une petite déchirure du rectum adhérent au tissu cicatriciel. On fait une suture à deux plans et on laisse cette partie au-dessous de la zone de péritonisation.

Récidive et décès en 1916.

OBSERVATION II

Baff..., opérée le 6 février 1917 (ans), par castration et hystérectomie subtotale pour annexite bilatérale.

Cancérisation du col utérin en 1918, pertes rouges, douleurs avec irradiation fessière.

Ablation du col le 7 juin 1918 par la voie vaginale.

Incision circulaire du vagin à sa partie moyenne.

Décollement et extirpation du col. Opération difficile, ne donne pas satisfaction.

Si on se rallie à l'intervention sanglante, il faut choisir la voie abdominale.

Récidive en 1920.

OBSERVATION III

Gira..., opérée à l'âge de 28 ans par castration et hystérectomie subtotale en 1910, pour grossesse tubaire et salpingites concomitantes.

En 1918, cancérisation du col utérin. Le 5 novembre 1918, première fois, l'ablation du col par la voie vaginale en enlevant le bouchon cervical y compris le revêtement péritonéal.

Quatre jours après cette ablation, je mets dans l'orifice supérieur du vagin deux tubes juxtaposés de 125 mgr. de radium laissés en place 48 heures. Un peu de réaction sous forme d'ascension thermométrique à 39°, puis descente en lysis en 3 jours.

La malade examinée plusieurs fois n'a pas eu de récidive jusqu'en 1921. A la fin de cette année, apparition de douleurs dans la jambe droite.

En juillet 1922, je trouve une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite probablement ganglionnaire avec blindage du cul-de-sac vaginal latéral droit. Cette récidive a gagné le bassin, la région fessière et la malade a succombé à la cachexie cancéreuse en 1923.

OBSERVATION IV

Miser..., opérée en 1919 (47 ans), par hystérectomie subtotale et castration pour fibrome.

En 1924, cancérisation du col.

Le 1^{er} mai 1924, application de radium, 2 tubes laissés en place 48 heures. Pas de réaction.

Examen le 13 juin 1924. Le col est nettoyé, cicatrisé.

Le 17 juin 1924, intervention *par voie abdominale*.

Isolement des uretères assez difficile à cause de la sclérose

du paramètre. Ablation du col et d'une collerette vaginale. Ablation d'un gros ganglion paracervical gauche néoplasique. Ablation de ganglions iliaques bilatéraux. Guérison opératoire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE de la pièce par le Docteur Eugène Pollosson. C'est un *épithélioma épidermique spino-cellulaire*.

La tendance des groupements cellulaires néoplasiques à la kératinisation est particulièrement intense. Globes cornés. Figures de karyokinèses. Le ganglion qui, à la coupe, semblait macroscopiquement suppuré, n'est qu'un ganglion scléreux envahi par les cellules néoplasiques et présentant des plages étendues de dégénérescence cytoplasmiques.

En août, octobre 1924, état local et général satisfaisant. Cicatrice vaginale souple. Pas de symptôme de récurrence en 1925.

Récurrence en 1926 et décès par cachexie cancéreuse.

OBSERVATION V

Mad..., 52 ans. Castration par hystérectomie subtotale le 4 mai 1925. Dix après, c'est-à-dire vers juillet 1925, apparition de pertes rosées avec quelques douleurs en ceinture. Vient se faire examiner le 24 janvier 1926.

Diagnostic : Cancer du col.

Prélèvement. Examen histologique par le Docteur Eugène Pollosson : « Il s'agit d'un épithélioma du type ectodermique, baso-cellulaire, de malignité non douteuse. »

Le 29 janvier 1926, application de radium, deux tubes juxtaposés de 125 mgr., laissés en place 48 heures. Pas de réaction ni locale ni générale.

Premier examen le 7 mars 1927. — Col cicatrisé, surface veloutée, va bien, ne souffre plus.

Deuxième examen le 23 mai 1927. — Va très bien.

OBSERVATION VI

Dut... Castration par subtotale pour fibrome, en 1915.

En octobre 1920, apparition de pertes rosées avec douleurs abdominales profondes.

A l'examen, col ulcéré bourgeonnant. On diagnostique cancérisation secondaire du col utérin.

Le 16 décembre 1920, application de deux tubes de radium juxtaposés laissés en place 48 heures.

Pas de réaction ni locale ni générale.

Premier examen en mars 1921.— La cicatrisation est presque complète mais il reste sur le col de petits points érodés, avec surface grisâtre un peu suintante.

En juin 1921, deuxième application de radium, pour obtenir atrophie et cicatrisation complète du col.

Examen en juillet 1922.

La persistance de petites plaques ulcéreuses me paraît rappeler les plaques de radiodermite ulcérées qui ne se réparent pas.

Guérison maintenue en 1927.

OBSERVATION VII

Gir.... 41 ans, opérée en 1913. Castration pour annexitis.

En 1919, octobre, revue avec diagnostic cancérisation du col. Depuis cet examen, la malade n'a pas été revue.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie élargie par voie abdominale à la façon de Wertheim nous paraît actuellement encore conserver toute sa valeur et doit rester la méthode de choix dans le traitement du cancer du col utérin.

II. — L'analyse de nos observations de décès post-opératoires nous a montré qu'il faut être plus écclectique que nous ne l'avons été et restreindre les indications aux cas prévus nettement opérables.

III. — Les causes les plus fréquentes de la mort prompte ont été : shock par longueur et difficulté de l'opération, hémorrhagies veineuses ou en nappe, infection avec ou sans péritonite.

IV. — Ces constatations nous amènent à modifier la technique de l'opération de « Wertheim ».

Pour abréger la durée de l'opération, prévenir ou limiter l'infection, on peut avoir recours au « Mickuliz » de J.-L. Faure, mais non d'une façon systéma-

tique, car la péritonisation avec fermeture de la grande cavité péritonéale nous paraît encore indiquée dans nombre de cas. Y renoncer de parti pris nous paraît exagéré.

Contre les hémorrhagies veineuses opératoires ou post-opératoires nous conseillons de combiner le double tamponnement compressif par la voie abdominale et par la voie vaginale (Mickuliz hémostatique), le tamponnement vaginal employé seul étant souvent insuffisant.

V. — La curiethérapie préalable (3 à 4 semaines avant l'opération) nous a fourni un bon moyen de faire la désinfection hémostatique du col.

Elle peut constituer le premier temps de l'opération dans les formes végétantes, gangréneuses, hémorrhagiques.

A côté des avantages de l'application préalable de Radium il faut envisager un inconvénient : la sclérose du paramètre, qui gêne l'isolement des uretères lors de l'intervention.

Aussi, en présence d'un cas de cancer du col au début, petit, scléreux, nous préférons recourir d'emblée à l'hystérectomie.

VI. — La curiethérapie employée seule nous a donné quelques bons résultats.

Nous les exposons simplement, sans conclusions, vis-à-vis de la thérapeutique du cancer en général.

VII. — La cancérisation ultérieure du moignon

cervical après l'hystérectomie subtotale nous a fourni sept observations. Nous avons fait de la curiethérapie, suivie de l'ablation du col soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

La voie abdominale doit être choisie exclusivement.

La méthode préventive c'est l'adoption de l'hystérectomie totale comme méthode de choix, la subtotale devenant un procédé d'exception.

Vu :

Le Président de la Thèse :

TIXIER.

Vu :

Le Doyen :

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Mai 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI

